Aus der I. medizinischen Abteilung des Krankenhauses I. d. I. in München.

Die Pleuritis exsudativa
in den Jahren 1890 mit 1899.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ferdinand Renner,
Medizinal-Praktikant aus München.

München 1906.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Aus der I. medizinischen Abteilung des Krankenhauses I. d. I. in München.

Die Pleuritis exsudativa
in den Jahren 1890 mit 1899.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ferdinand Renner,
Medizinal-Praktikant aus München.

München 1906.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Referent:

Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Ritter v. Bauer.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät der kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Seinem lieben Vater

gewidmet

vom Verfasser.

Sehr groß ist die Zahl derjenigen Patienten, die wegen Erkrankung der Luftwege die Hilfe des Arztes in Anspruch nehmen müssen. Denn dieses Organ ist besonders den Schädlichkeiten des Klimas und den bei uns so schroffen Witterungswechseln preisgegeben. Hiezu treten aber in vielen Fällen noch die Schädlichkeiten der modernen Erwerbszweige, die nur leider allzu oft Ursache der schlimmsten Erkrankungen der Luftwege sind.

Wenn in dieser Hinsicht ja sicherlich an erster Stelle die Tuberkulose zu nennen ist, die ihre Opfer vorzüglich aus dem Arbeiterstande fordert — sei es, daß durch die Ausübung des Gewerbes eine gewisse Prädisposition zu dieser gefährlichen Krankheit geschaffen wird, sei es, daß mangels nötigen Einkommens die Wohnungsverhältnisse recht traurige sind —, so muß doch zugegeben werden, daß auch die Pleuritis exsudativa recht häufig unter den arbeitenden Klassen Einkehr hält und die Patienten ins Krankenhaus treibt.

Dies beweist schon die hohe Zahl derjenigen Patienten, die in den 10 Jahren — 1890 mit 1899 — die ärztliche Hilfe auf der I. medizinischen Abteilung des Krankenhauses links der Isar zu München in Anspruch nahmen. Es waren dies

in dem erwähnten Zeitabschnitte im ganzen 280 Patienten und zwar

213 Männer = 76,07% und
67 Weiber = 23,93%.

Diese Zahlen beweisen, daß vorzüglich das männliche Geschlecht es ist, das die meisten Erkrankungen an Pleuritis exsudativa aufweist. Es ist wohl nicht von der Hand zu weisen, daß an dem großen Unterschied der Zahlen vor allem die die Erwerbsquellen mit sich bringenden Gefahren auch die Hauptursache der ungleich häufigeren Erkrankung des männlichen als des weiblichen Geschlechtes sind.

Um für das häufige Auftreten dieser Krankheit eine Ursache zu finden, erscheint es mir notwendig, einige Statistiken über die Zeit des Beginns der Erkrankung, d. h. des Eintrittes ins Krankenhaus, über das Alter der Patienten und deren Beruf aufzustellen.

Bezüglich des Eintrittsmonats ergibt sich folgendes Zahlenverhältnis:

Januar:	Männer	14
	Weiber	4
		18 = 6,42%
Februar:	Männer	19
	Weiber	4
		23 = 8,21%
März:	Männer	17
	Weiber	11
		28 = 10,00%

April:	Männer	20	
	Weiber	8	
		28 =	10,00%
Mai:	Männer	24	
	Weiber	2	
		26 =	9,28%
Juni:	Männer	21	
	Weiber	5	
		26 =	9,28%
Juli:	Männer	20	
	Weiber	6	
		26 =	9,28%
August:	Männer	12	
	Weiber	4	
		16 =	5,71%
September:	Männer	7	
	Weiber	1	
		8 =	2,85%
Oktober:	Männer	12	
	Weiber	8	
		20 =	7,14%
November:	Männer	25	
	Weiber	4	
		29 =	10,35%
Dezember:	Männer	24	
	Weiber	8	
		32 =	11,42%

Die höchste Zugangszahl weist der Dezember mit 32 = 11,42% auf. Ihm folgen November,

März und April. Die wenigsten Zugänge waren im September 8 = 2,85%, während die Zugangszahlen in den übrigen Monaten nur in ganz geringen Grenzen schwankten.

Wenn die Monate, welche die höchsten Zugangszahlen aufweisen, ja sicherlich auch die gefährlichsten Umschläge des Wetters mit sich bringen und so an sich schon eine gewisse Praedisposition für Erkrankungen der Luftwege in sich verbergen, so muß doch auch berücksichtigt werden, daß gerade in diesen Monaten die Erwerbsquellen am häufigsten versiegen, und in den Leuten, die brot- und arbeitslos in der Welt stehen, am häufigsten in diesen Monaten der Gedanke rege wird, entweder im Zusammenhang mit einer früher überstandenen Krankheit oder aus ganz geringen Ursachen, die sonst nicht die Veranlassung zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bieten würden, das Krankenhaus aufzusuchen.

Wenn auch diese Art Kranker möglichst unter der Diagnose „Pleurodynie" geführt werden, so läßt sich doch nicht leugnen, daß eine Statistik durch derartige Kranke beeinflußt werden kann, denn bestimmt angegebene Klagen über Stechen auf der Seite beim Atmen und Husten werden den Arzt doch manchmal, oft gegen seine Ueberzeugung, veranlassen, die Diagnose Pleuritis — wenn auch mit Fragezeichen versehen — zu stellen, um dem Kranken nicht Unrecht zu tun.

Von Interesse ist für uns zunächst, das Alter der Patienten festzustellen, in dem die Erkrankung ihren Anfang nahm. Die Statistik ergibt hier folgendes:

Unter 15 Jahre:	Männer	1	
	Weiber	0	
		1 =	0,35%
15—20 Jahre:	Männer	19	
	Weiber	11	
		30 =	10,71%
20—25 Jahre:	Männer	40	
	Weiber	13	
		53 =	18,92%
25—30 Jahre:	Männer	36	
	Weiber	11	
		47 =	16,78%
30—35 Jahre:	Männer	31	
	Weiber	8	
		39 =	13,92%
35—40 Jahre:	Männer	17	
	Weiber	5	
		22 =	7,85%
40—45 Jahre:	Männer	23	
	Weiber	5	
		28 =	10,00%
45—50 Jahre:	Männer	10	
	Weiber	1	
		11 =	3,92%
50—55 Jahre:	Männer	15	
	Weiber	5	
		20 =	7,14%
55—60 Jahre:	Männer	8	
	Weiber	4	
		12 =	4,28%

60—65 Jahre:	Männer	9	
	Weiber	1	
		10 =	3,57%
65—70 Jahre:	Männer	3	
	Weiber	0	
		3 =	1,07%
über 70 Jahre:	Männer	1	
	Weiber	3	
		4 =	1,42%

Neben diesen Zahlen erscheint es mir zunächst wissenswert, welchen Berufen die einzelnen Kranken angehören, um so eventuell feststellen zu können, inwiefern und inwieweit es sich rechtfertigen läßt, das Gewerbe mit der Krankheit in Zusammenhang zu bringen und als Ursache der Erkrankung anzuschuldigen. Die Berufsstatistik liefert folgendes:

Taglöhner	35
Schlosser, Schmiede, Spängler, Maschinenarbeiter	18
Brauer	12
Schreiner und Tischler	13
Bäcker, Konditor	12
Steindrucker, Schriftsetzer, Chemigraphen, Graveure	10
Schneider	9
Wagner und Schäffler	9
Zimmermann	5
Ausgeher, Dienstmann	8
Wirt, Metzger, Schenkkellner	9
Maurer und Steinmetz	8

Schuster	6
Kutscher und Fuhrknechte	9
Monteur	5
Hausmeister, Hausknechte	8
Fabrikarbeiter	5
Händler und Hausierer	6
Gärtner	2
Weber	2
Müller	2
Maler	4
Sattler	2
Hafner	1
Mechaniker	1
Kunstmaler, Bildhauer	3
Tapezierer	1
Friseur	2
Kaufmann	2
Musiker	1
Beamter	1
Arzt	2

Die Berufsarten der weiblichen Patienten lassen sich folgendermaßen zusammenstellen:

Köchin	14
Stubenmädchen, Dienstmagd	18
Kellnerin, Biermädchen	5
Taglöhnerin	5
Händlerin	5
Fabrikarbeiterin	8
Frauen mittlerer Stände	14

Vergleicht man nun diese beiden letzten Zusammenstellungen miteinander, so kommt man zu dem Resultat, daß weitaus die meisten Patienten gerade in dem rüstigsten Alter erkrankt sind. Zwi-

schen dem 15. bis 40. Lebensjahre sind es nicht weniger als 191 Patienten, das ist 68,21% aller Patienten. Dieses Alter ist es auch, in dem der Arbeiter auf der Höhe seiner Leistungskraft steht, am meisten nach Verdienst trachtet und deshalb auch am meisten den Schädlichkeiten des Berufes preisgegeben ist.

Wenn wir hier die Berufsstatistik herbeiziehen, so sehen wir daraus, daß das Hauptkontingent aller Patienten diejenigen Berufsarten stellen, die entweder immer unter freiem Himmel, allen Schädlichkeiten des Wetters ausgesetzt, ohne Schutz gegen Hitze, Regen und Wind den Arbeiter beschäftigen, oder deren Betrieb in der warmen Werkstätte, am offenen Feuer, am heißen Herd sich abspielt. Bei dieser letzten Art Beschäftigung — Schlosser, Schmiede, Bäcker, Brauer, Köchinnen — trägt ja wohl auch ein gewisser Leichtsinn der Leute selbst mit einen Teil der Schuld, wenn sie oft nur mangelhaft bekleidet an frischer Luft sich Abkühlung verschaffen. Vielfach aber läßt es sich doch nicht umgehen, daß unfreiwillig der Arbeiter sich ins Freie begibt und, nicht genügend gegen Wind und Wetter geschützt, sich eine Erkältung zuzieht, die oft schlimme Folgen haben kann.

Gerade dadurch, daß so oft gegen die Gesundheit des Körpers verstoßen wird und nicht die geringste Erkrankung auftritt, wird der Leichtsinn der Arbeiter noch gesteigert, und gar mancher, der sich mit seiner Widerstandsfähigkeit gegen Wind und Wetter gebrüstet hat, mußte seine vermeintliche Wetterfestigkeit schwer büßen. Frei-

lich muß zugegeben werden, daß man den Körper durch Abhärtung gegen Erkältungen schützen kann, aber eine vernünftige Abhärtung wird in den Kreisen der Arbeiter nicht geübt. Meist ist es nur ein unvernünftiges Pochen auf die Rüstigkeit des eigenen Körpers oder allzugroße Bequemlichkeit, die es nicht für nötig hält, wegen eines kurzen Aufenthaltes im Freien, vielleicht beim Ueberschreiten eines Hofes oder Ganges, den Mantel oder die Joppe überzuwerfen. Und gerade diese häufigen kleinen Erkältungen, von denen die einzelne spurlos vorübergeht, setzen mit der Zeit dem Organismus derart zu, daß er einer so kleinen Erkältung, die er vielleicht hundertemale, ohne Schaden zu nehmen, erduldet hat, plötzlich unterliegt.

Wenn wir nun näher auf die aetiologischen Momente der Pleuritis exsudativa eingehen, so kommt in erster Linie auch hier die Tuberkulose in Betracht. Daß aber unter den mir zur Verfügung stehenden 280 Fällen von Pleuritis exsudativa nur in 17 Fällen = 6,07% Tuberkulose und zwar als Nebenbefund angegeben ist, ist wohl so zu erklären, daß die tuberkulösen Pleuritiden als Nebenbefund bei Lungentuberkulose angeführt sind. Man darf deshalb die diesbezüglichen Zahlen als viel zu niedrig ansehen.

Sehen wir also von der Tuberkulose als Ursache der Pleuritis exsudativa ab, so kommt zunächst die rheumatische Pleuritis in Frage, welche in aetiologischer Hinsicht wohl die einzige primäre Form der Pleuritis ist. Diese steht (nach Fiedler) in engster Beziehung mit dem akuten Gelenk-

rheumatismus, über dessen Aetiologie wir bei Strümpell unter anderem Folgendes finden:[1])

„Unter den Veranlassungsursachen des akuten Gelenkrheumatismus wird in erster Linie stets die Erkältung angeführt. In der Tat läßt es sich auch bei vorurteilsfreier Betrachtung nicht leugnen, daß Erkältungseinflüsse häufig die Entstehung der Krankheit herbeizuführen scheinen. Jedoch sind es selten starke einmalige Erkältungen, sondern weit häufiger anhaltende sogenannte „rheumatische Schädlichkeiten", namentlich die dauernde Einwirkung naßkalter Witterung, gewisser Beschäftigungen, wie z. B. Waschen und Scheuern, der Aufenthalt in schlechten, feuchten Wohnungen und dergleichen, welche auf das Auftreten der Polyarthritis einen Einfluß haben. Gewisse Berufsarten, wie die der Dienstmädchen, Kellner, Droschkenkutscher u. a. sind daher auch vorzugsweise zur Erkrankung an Gelenkrheumatismus geneigt."

Diese Angaben, sowie die bezüglich des Lebensalters, daß der akute Gelenkrheumatismus am häufigsten bei jugendlichen Personen von etwa 15—35 Jahren auftrete, glaube ich voll und ganz auch auf die hier zu betrachtenden Fälle von Pleuritis exsudativa anwenden zu können.

In den meisten Fällen führten die Patienten ihre Erkrankung auf eine Erkältung zurück, insoferne sie überhaupt eine Ursache für ihre Erkrankung angaben. Vielfach suchten die Patienten nur wegen stechender Schmerzen beim Atmen und

[1]) Strümpell: Lehrbuch der spez. Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Band II S. 497. 14. Aufl. 1902.

Husten, für die sie keine Ursache wußten, das Krankenhaus auf.

Als weitere Krankheitsursache wäre noch das Trauma anzuführen. Unter den 280 Krankengeschichten ist ein einziger Fall von traumatischer Pleuritis zu finden, auf den näher einzugehen mir aber nicht möglich ist, da die Krankengeschichte zu wenig wichtige Angaben enthält. Erwähnt sei nur, daß der Fall günstig verlaufen ist.

Um kurz einige Worte über die Therapie zu erwähnen, so richtete diese sich nach den allgemein erprobten Grundsätzen. Unbedingte Bettruhe, sorgfältige Ernährung, Prießnitz'sche Wickel und gegen allzustarke Schmerzen geringe Gaben von Morphium bildeten die Hauptgesichtspunkte der Behandlung.

In den meisten Fällen wurde auch die Probepunktion mit der Pravatz'schen Spritze zur vollkommenen Sicherung der Diagnose angewandt. Ueber dieses so gebräuchliche und segensreiche diagnostische Hilfsmittel mehr Worte zu verlieren, halte ich für unnütz, da sein Wert und seine Bedeutung ja hinreichend bekannt sind.

Der Erfolg der nach den oben angeführten Grundsätzen durchgeführten Behandlung war ein recht guter. Wenn man bedenkt, daß von 280 Patienten nur 9 = 3,21% starben, so muß man doch zugeben, daß die Mortalität eine geringe war, und die Heilerfolge quoad vitam gute zu nennen sind. Quoad restitutionem ad integrum erleiden die günstigen Resultate allerdings dadurch eine Einschränkung, daß in vielen Fällen Heilung mit Schwartenbildung eintrat.

Da die 9 Todesfälle in mancher Beziehung Einzelheiten aufweisen, die für die Statistik von Interesse sind, so sollen sie hier noch kurz abgehandelt werden.

Fall I.

Maria W., Köchin, 20 Jahre alt, trat am 1. III. 1892 in Krankenhausbehandlung.

Die kräftig gebaute Patientin klagt über Husten, Stechen auf der linken Brustseite beim Atmen und über große Atemnot.

Die Untersuchung ergab, daß eine Pleuritis exsudativa sinistra vorlag. Während des über 5 Wochen dauernden Krankenlagers traten die Erscheinungen von Myodegeneratio cordis und von allgemeiner Thrombose auf, so daß bei dem am 6. IV. 1892 erfolgten Ableben als Ursache Herztot angegeben wurde.

Der Sektionsbericht bestätigte das Resultat der klinischen Untersuchungen durch die Diagnose: Myodegeneratio. Herztot. Dilatation des rechten Ventrikels. Allgemeine Thrombose aller Venen. Embolie der Lungenarterien. Infarkte der linken Lunge. Pleuritis serofibrinosa links. Hydroperikard. Stauungsnieren. Ascites.

Fall II.

Margarethe K., Wäscherin, 52 Jahre alt, trat am 1. V. 1892 in Krankenhausbehandlung.

Patientin klagt über starke Schwellung der Unterglieder und des Unterleibs.

Die oberen und unteren Extremitäten sind stark ödematös; der Lungenbefund ergibt eine Pleuritis chronica mit ausgedehnter Schwarten-

bildung. Nach 3 wöchentlicher Behandlung Exitus letalis.

Bei der Obduktion wurde folgende Diagnose gestellt: Pleuritis carcinomatosa (?), metastatische Knoten in Lunge und Milz. Kompression der Leber. Transsudat in der linken Lunge. Ascites in der rechten Pleurahöhle. Myome des Uterus.

Fall III.

Michael St., Zimmermann, 55 Jahre alt, trat am 3. IX. 1895 in Krankenhausbehandlung.

Patient klagt über Schmerzen auf der linken Brustseite, große Atemnot, Husten und viel Schleim. Vor 6 Jahren will er dasselbe Leiden schon einmal gehabt haben.

Der kräftig gebaute Patient ist in gutem Ernährungszustande, atmet aber äußerst mühsam.

Bei Untersuchung der Lungen wird eine Pleuritis fibrinosa festgestellt. Noch am selben Tage tritt Exitus letalis ein.

Die Obduktion ergibt: Eitrig fibrinöse Pleuritis links, mit totaler Kompressionsatelektase der linken Lunge. Adipositas cordis. Herdförmige Schrumpfniere.

Fall IV.

Mathias W., Schäffler, trat am 10. IX. 1895 in Krankenhausbehandlung.

Patient hat seit ca. 14 Tagen so starke Atemnot und Stechen auf der Brust, daß er nicht mehr arbeiten konnte. Im Frühjahr hatte er Rippenfellentzündung, sonst will er immer gesund gewesen sein.

Patient ist kräftig gebaut und in gutem Er-

nährungszustand. Bei Untersuchung der Lungen wird eine Pleuritis exsudativa sinistra festgestellt. Schon am folgenden Tage tritt Exitus letalis ein.

Bei der Sektion stellte sich heraus, daß der Patient an einer subakuten disseminierenden Tuberkulose aller Lungenabschnitte zugrunde ging. Ferner fand sich eine akute tuberkulöse serofibrinöse Pleuritis links, sowie Dilatation des rechten Ventrikels, ulceröse Darmtuberkulose und indurierte Fettleber.

Fall V.

Georg T., Weber, 78 Jahre alt, trat am 28. XI. 1895 in Krankenhausbehandlung.

Patient wird moribund aufgenommen, sodaß es unmöglich ist, Anamnese und genauen Status aufzunehmen. Die klinische Diagnose: Pleuritis exsudativa (?) wird durch die Obduktion bestätigt.

Fall VI.

Margarethe H., Händlerin, 69 Jahre alt, trat am 27. XI. 1896 in Krankenhausbehandlung.

Die Patientin gibt an, daß sie seit 13 Wochen an Atemnot leide, die besonders in den letzten Tagen sehr stark gewesen sei.

Der klinische Befund war: Pleuritis exsudativa dextra. Tuberculosis pulmonum. Nach 5tägiger Behandlung tritt Exitus letalis ein.

Der Sektionsbefund stimmt mit dem klinischen überein und lautet: Pleuritis tuberculosa serofibrinosa rechts, Pericarditis obliterans, Dilatation des linken Ventrikels. Lungenoedem.

Fall VII.

Georg R., Schlosser, 66 Jahre alt, trat am 19. X. 1897 in Krankenhausbehandlung.

Patient hat seit ca. 8 Tagen Schmerzen im unteren Teil der rechten Brustseite. Sehr starkes Potatorium wird angegeben.

Patient befindet sich in stark reduziertem Ernährungszustand. Die Untersuchung des Patienten ergibt Pleuritis exsudativa dextra. Hypertrophie beider Ventrikel. Nach nicht ganz 3 wöchentlichem Krankenlager tritt Exitus letalis ein.

Bei der Sektion wird die klinische Diagnose durch den Befund ergänzt. Es findet sich eine serösfibrinöse und haemorrhagische tuberkulöse Pleuritis rechts. Kompressionsatelektase, Tuberkulose. Sclerose der Aorta und Coronararterien.

Fall VIII.

Fanny Sch., Witwe, 43 Jare alt, trat am 10. IV. 1899 in Krankenhausbeandlung.

Patientin leidet seit ca. 3 Wochen an heftigen Hustenanfällen mit geringem Auswurf und lästigen Nachtschweißen.

Es findet sich bei der stark abgemagerten Patientin eine Pleuritis exsudativa sinistra, zu der sich während des Aufenthaltes im Krankenhaus eine Pleuritis sicca dextra gesellt. Nach fast 2 monatlicher Behandlung trat Exitus letalis ein. Kurz vor dem Tode zeigt sich noch ein leichter Icterus.

Der Sektionsbericht lautete: Doppelseitige akute Pleuritis. Herdförmige und Miliartuberkulose der Lungen, Atrophie des Herzens. Icterus

ohne Verschluß des Ductus choledochus. Myome des Uterus.

Fall IX.

Sebastian M., Taglöhner, 61 Jahre alt, trat am 27. XII. 1899 in Krankenhausbehandlung.

Patient ist bei der Aufnahme so schwach, daß anamnestisch nichts zu erfahren ist.

Die Untersuchung ergibt: Pleuritis exsudativa sinistra. Emphysem. Arteriosklerose. 3 Tage nach der Aufnahme erfolgt Exitus letalis.

Der Obduktionsbefund lautet: Tuberkulöse Pleuritis mit serösem Exsudat. Tuberkulöse Pericarditis. Linksseitige Spitzentuberkulose. Hypertrophie des Herzens.

Wenn wir nun diese 9 Todesfälle näher betrachten, so fällt es auf, daß 5 davon auf Männer, 4 auf Weiber treffen, also die Zahlen für die Sterblichkeit der beiden Geschlechter fast gleich groß sind, während doch das männliche Geschlecht mit 213 Erkrankungen = 76,03% ungleich häufiger von der Erkrankung befallen wurde als das weibliche mit 67 Fällen = 23,93% aller Erkrankungen.

Ferner sehen wir, daß das Alter der Gestorbenen meist nicht in die Lebensjahre fällt, in denen die häufigsten Erkrankungen auftreten. Während wir die meisten Erkrankungen zwischen dem 15. und 40. Lebensjahre beobachten konnten, sehen wir aus den 9 Todesfällen, daß 7 Patienten nach und nur 2 vor dem 40. Lebensjahre mit Tod abgingen.

Unterziehen wir nun noch die pathologisch-anatomische Diagnose der 9 Todesfälle einer ge-

naueren Betrachtung, so finden wir, daß die Zahlen für die Sterblichkeit bei Pleuritis exsudativa viel zu hoch gegriffen sind. Denn man fand bei der Obduktion, daß in 8 von den 9 Fällen eine Komplikation vorhanden war. Es trat nämlich
in 1 Fall Herztot ein (Fall I),
in 1 Fall handelte es sich um Carcinom der Pleura (Fall II),
in 1 Fall war es eine eitrige Pleuritis, also ein Empyem (Fall III),
in 1 Fall fand sich herdförmige und Miliartuberkulose der Lungen (Fall VIII) und
in 4 Fällen handelte es sich um tuberkulöse Pleuritis (Fall IV, VI, VII, IX).

Nur in 1 Fall fand sich Pleuritis exsudativa ohne Komplikation als Todesursache. Dies entspricht einer Mortalität von 0,35%.

Für die Prognose der Pleuritis exsudativa ergibt sich daraus etwa folgendes:

Die Prognose bei Pleuritis exsudativa ist stets — besonders bei vorgeschrittenem Lebensalter — mit Vorsicht zu stellen, ganz besonders deshalb, weil sich mit Sicherheit eine tuberkulöse Erkrankung der Luftwege oder eine andere Nebenerkrankung nicht immer ausschließen läßt. Sehr günstig aber muß die Prognose dann genannt werden, wenn mit absoluter Gewißheit jedwede Komplikation von der Hand gewiesen werden kann und der Patient sich in geeigneter Behandlung und Pflege befindet.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Ritter v. Bauer, für die Uebernahme des Referats, sowie Herrn Privatdozenten Dr. Kerschensteiner für die Ueberlassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Ferdinand Renner, bin am 27. April 1881 zu München geboren. Ich besuchte das Maximilians- und Ludwigsgymnasium zu München. Im Jahre 1900 erhielt ich das Zeugnis der Reife und genügte im Jahre 1900—1901 meiner Militärpflicht. Im Sommersemester 1901 begann ich das medizinische Studium, bestand am 2. März 1903 das Tentamen physicum und am 31. Januar 1906 die Approbationsprüfung an der Universität zu München.